

Mi Plan de Acción Para el Cuidado del Corazón

Mi nombre:

Fecha:

Mi dirección:

Nombre de mi médico o clínica:

Teléfono de mi médico o clínica:

Si tengo una emergencia, comuníquese con esta persona (llame a pariente o amigo):

(Nombre)

(Teléfono)

Teléfono de **Your Healthcare Plus**: 1-800-973-6792

Debo llamar al médico o a la clínica HOY MISMO si:

1. Me resulta difícil respirar, más que de costumbre.
2. Se me han hinchado las manos, los pies o los tobillos, más de lo normal.
3. Aumento _____ libras o más en una semana.



Debo obtener ayuda INMEDIATAMENTE si:

1. Tengo dolor en el pecho.
2. Siento que el corazón me está latiendo rápido durante 5 minutos o más.
3. Comienzo a tener hormigueo o debilidad en un lado del cuerpo.
4. Me cuesta mucho trabajo respirar.

Debo hacerle estas preguntas al médico:

1. ¿Debo tomar un inhibidor de ACE para proteger mi corazón? Sí No
2. ¿Debo tomar un betabloqueante para proteger mi corazón? Sí No
3. ¿Debo vacunarme contra la gripe (influenza) cada año en el otoño? Sí No
4. ¿Debo revisar mis niveles de colesterol cada año? Sí No
5. ¿Cuál es la presión sanguínea que debo tener? _____ / _____



Your **Healthcare Plus**TM

La Mejor Ayuda para Mejorar su Salud

Un beneficio gratuito del

iHFS ILLINOIS DEPARTMENT OF
Healthcare and
Family Services

©2006 McKesson Health Solutions LLC. Todos los derechos reservados.

Your Healthcare PlusTM es marca registrada del Estado de Illinois.
Impreso con autorización del Estado de Illinois.

ILHFAP_SP1006_67613 1000

Plan de Acción Para el Cuidado del Corazón

(continuación)

Lo que debo hacer para ayudar a mantenerme en buen estado de salud:

1. Debo pesarme cada mañana después de ir al baño, pero antes de desayunar.
2. Debo anotar en un cuaderno cuánto peso cada día.
3. Debo decirle al médico si tengo cualquier problema con las medicinas.
4. Debo seguir tomando las medicinas hasta que el médico me diga que debo dejarlas.
5. No debo fumar.
6. Debo hacerme los exámenes médicos que el médico me ordene.
7. Debo pedir me tomen la presión sanguínea en cada visita.
8. Debo comer sano y hacer ejercicio diariamente.



Hago ejercicio o estoy activo _____ días cada semana, durante _____ minutos.

Mis medicinas:

Nombre de la medicina	Qué cantidad debo tomar	Con qué frecuencia debo tomar esta medicina	Esta medicina es para:

Otras cosas que debo hacer:

